

MODULO DI RICHIESTA ESAME CON M.D.C. ORGANO-IODATO PER VIA INIETTIVA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Il _____

Ricoverato/a c/o U.O. _____ Cartella N° _____

Ambulatoriale _____ Medico curante _____

Recapito telefonico _____

Quesito clinico _____

Indagine richiesta _____

Uso di m.d.c. ionico/non ionico _____

Per la corretta valutazione clinico-anamnestica é indispensabile conoscere dati relativi a:

	si	no	(se si specificare)
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insufficienza epatica grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insufficienza renale grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Insufficienza cardio-vascolare grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anamnesi per mieloma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tattamento in atto con farmaci			_____
Beta-bloccanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Biguanidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Interleukina 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Assunzione di alcool, droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Il Medico curante _____

Ai sensi della circ. del 17/09/1997, preso atto delle informazioni assunte direttamente dal paziente, dei dati clinico-anamnestici raccolti dal Medico curante, del quesito clinico e dell'indagine richiesta, si ritiene di procedere all'esame _____ con il m.d.c. _____

Il Medico radiologo _____

Consenso Informativo

Informato dell'indicazione clinica, delle modalit  di svolgimento e delle eventuali complicanze e rischi connessi con l'esecuzione dell'indagine _____ il paziente, ampiamente soddisfatto delle informazioni e dei chiarimenti ricevuti dal Prof./Dott. _____ dichiara di acconsentire allo svolgimento con il m.d.c. _____

Data _____
 (il paziente o il titolare del consenso)